身体障害者診断書・意見書（じん臓機能障害用）

総括表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 明治・大正・昭和・平成・令和  　　　　年　　月　　日生（　　歳） | | 男・女 |
| 住　所　　　札幌市　　 　区 | | | |
| ①　障害名 | | | |
| ②　原因となった  疾病・外傷名 | | 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、  自然災害、疾病、先天性、その他（　　） | |
| ③　疾病・外傷発生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日・場所 | | | |
| ④　参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。）  障害固定又は障害確定（推定）　　　　　年　　月　　日 | | | |
| ⑤　総合所見  〔将来再認定　　　　要・不要〕  〔再認定の時期　　　年　　月〕 | | | |
| ⑥　その他参考となる合併症状 | | | |
| 上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。  　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　病院又は診療所の名称  　　　　　所在地  　　　　　診療担当科名　　　　　　　　　　　　科　　　指定医師氏名 | | | |
| 身体障害者福祉法第１５条第３項の意見　〔障害程度等級についても参考意見を記入〕  　　障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる基準に  　　　　　　　　　　・該当する（　　　級相当）  　　　　　　　　　　・該当しない | | | |
| 注意　１　①の障害名には「じん臓機能障害」と記入し、②の原因となった疾病・外傷名には、慢性糸球体腎炎、腎硬化症等障害の原因となった疾病・外傷名を記入してください。  　　　２　診断書・意見書の記載欄は全てご記入ください。なお、記載漏れなどの書類上の不備や不整合な点がある場合には、区役所等から問い合わせる場合があります。また、必要に応じて、関係する検査データを提出していただく場合もあります。  　　　３　障害区分や等級決定のため、札幌市社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分について問い合わせする場合があります。 | | | |

じん臓の機能障害の状況

|  |
| --- |
| (該当するものを○でかこむこと)  **１　身体計測**  　　　身長　　　　　ｃｍ　　　　　　　　　　体重　　　　　ｋｇ  **２　じん機能**　（慢性透析療法を実施している場合は、当該療法実施直前の検査値を記入して下さい。）  　　ア　内因性クレアチニンクリアランス値　（　　　 ml/分）　測定不能  イ　血清クレアチニン濃度　　　　　　　（　　　 mg/dl）  ウ　ｅＧＦＲ（推定糸球体濾過量）　　　（　　　 ml/分/1.73㎡）  　　エ　血清尿素窒素濃度　　　　　　　　　（　　　 mg/dl）  　　オ　24時間尿量　　　　　　　　　　　 （　　　　ml/日）  　　カ　尿　所　見（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **３　その他参考となる検査所見**  　　(胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等)  **４　臨床症状**（該当する項目が有の場合は、それを裏付ける所見を右の〔　　〕内に記入すること。）  　　ア　じん不全に基づく末梢神経症　　　　　　　　　　（有・無）〔　　　　　　　　　　　　　〕  　　イ　じん不全に基づく消化器症状　　　　　　　　　　（有・無）〔食思不振、悪心、嘔吐、下痢〕  　　ウ　水分電解質異常　　　　　　　　　　　　（有・無）Ｎａ　　　　mEq/l、Ｋ　　　　mEq/l  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｃａ　　　　mEq/l、Ｐ　　　　mg/dl  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺うっ血、  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　）  　　エ　じん不全に基づく精神異常　　　　　　　　　　　（有・無）  　　オ　エックス線写真所見上における骨異栄養症　　　　（有・無）〔　高度、中等度、軽度　〕  　　カ　じん性貧血　　　　　　　　　　　　　　　　　　（有・無）　Ｈｂ　　　g/dl、Ｈｔ　　　％  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　赤血球数　　　　　　　　×10⁴/mm³  　　キ　代謝性アシドーシス　　　　　　　　　　　　　　（有・無）〔ＨＣＯ₃　　　　　　　　　　 mEq/l〕  　　ク　重篤な高血圧症　　　　　　　　　　　　　　　　（有・無）　最大血圧／最小血圧  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　／　　　　ｍｍＨｇ  　　ケ　じん不全に直接関連するその他の症状　　　　　　（有・無）〔　　　　　　　　　　　　　　〕  **５　現在までの治療内容**  　　　　（慢性透析療法の実施の有無（回数　　　　　／週、期間）等）  **６　日常生活の制限による分類**  　ア　家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの。  　イ　家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの。  　ウ　家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないがそれ以上の活動は著しく制限されるもの。  　エ　自己の身辺の日常生活活動を著しく制限されるもの。  （注）申請者が既に慢性透析療法を実施している、若しくは近日中に導入を予定している場合は、  　　　別紙「慢性腎不全透析基準」の提出をお願いいたします。 |

**慢性腎不全透析基準**

**Ⅰ．臨床症状**（次の１～７のうち、該当する番号に○をつけてください。）

１．体液貯留（全身性浮腫、高度の低蛋白血症、肺水腫）

２．体液異常（管理不能の電解質・酸塩基平衡異常）

３．消化器症状（悪心、嘔吐、食思不振、下痢など）

４．循環器症状（重篤な高血圧、心不全、心包炎）

５．神経症状（中枢・末梢神経障害、精神障害）

６．血液異常（高度の貧血症状、出血傾向）

７．視力障害（尿毒性網膜症、糖尿病性網膜症）

これら、１～７小項目のうち３つ以上に○があるものを高度（30点）、２つ○がある

ものを中等度（20点）１つ○があるものを軽度（10点）とする。

|  |  |
| --- | --- |
| **Ⅱ．腎機能**（該当する点数に○をつけてください。） | |
| 血清ｸﾚｱﾁﾆﾝ（mg/dl）  *（ｸﾚｱﾁﾆﾝ･ｸﾘｱﾗﾝｽ（ml/min））* | 点数 |
| ８以上（*10未満*） | ３０ |
| ５～８未満（*10～20未満*） | ２０ |
| ３～５未満（*20～30未満*） | １０ |

**Ⅲ．日常生活障がい度**（次のうち、該当するものがあれば、番号に○をつけてください。）

１．尿毒症症状ため起床できないものを高度（30点）

２．日常生活が著しく制限されるものを中等度（20点）

３．通勤、通学あるいは家庭内労働が困難となった場合を軽度（10点）

|  |
| --- |
| **Ⅰ．臨床症状**  **Ⅱ．腎機能　　　　　　　　　60点以上を透析導入とする。**  **Ⅲ．日常生活**  **註）年少者（10歳未満）、又は高齢者（65歳以上）、又は全身性血管合併症**  **のあるものについては10点を加算** |

氏　　名

生年月日・年齢　　　　　　　年　　　月　　　日生　　　　歳

性　　別　　　　　男・女

原 疾 患

透析導入　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

点　　数　　　　　　　　　　点

備　　考

　　　年　　　月　　　日

医療機関名

医　師　名